

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

310

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

FLOUTARD, Xavier, Jean, Marie, Alexis
né le 6 Juin 1914 à Villefranche d'Albigeois (Tarn)

MÉNINGITE TUBERCULEUSE ET GESTATION

Président : M. LÉVY-SOLAL, Professeur

1939

V. HELLO, Imprimeur
4, Rue Barbès, 4
MONTROUGE
(Seine)

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

FLOUTARD, Xavier, Jean, Marie, Alexis
né le 6 Juin 1914 à Villefranche d'Albigeois (Tarn)

MÉNINGITE TUBERCULEUSE ET GESTATION

Président : M. LÉVY-SOLAL, Professeur

1939

V. HELLO, Imprimeur

4, Rue Barbès, 4

MONTRouGE

(Seine)



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBÉCOURT.
	H. CLAUDE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
	TERRIEN.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
	OMBRÉDANNE.
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	M. VILLARET.
	TROISIÈRE.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	CLOVIS VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale
BEZANÇON (Justin)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ...	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.

MM.

LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL ..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expériment.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale
Mlle J. LÉVY ..	Pharmacologie.
LÉVY - VALENSI	Neurologie et Psychiâ- trie.
MÉNÉGAUX ...	Pathologie chirurgicale
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT - DUTAILLIS	Pathologie chirur.
PIÉDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ - BOYER.	Pathologie chirurgicale

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
LE LORIER ...	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
DONZELOT ...		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VAL- LERY - RADOT.			
SÉZARY			
		MM.	
		ECALLE	} Clinique obstétricale.
		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

En témoignage de reconnaissance
pour tous les sacrifices qu'ils se
sont imposés pour moi, et de mon
profond amour filial.

A TOUTE MA FAMILLE

En témoignage de mon affection.

A TOUS MES AMIS

A M. le Professeur LEVY-SOLAL
Officier de la Légion d'honneur
Professeur de clinique obstétricale.

Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.

Hommage de notre respectueuse
reconnaissance.

A M. le Professeur COUVELAIRE.
Commandeur de la Légion d'honneur
Professeur de clinique d'accouchement.

A M. le Docteur LACOMME, Agrégé
Accoucheur des Hôpitaux, chargé de l'enseignement
des Sages-femmes

Qui ont bien voulu nous autoriser
à faire cette thèse, et à emprunter
les observations de la Clinique
Baudelocque.

Qu'ils reçoivent ici l'assurance de
notre respectueuse gratitude et de
notre infinie reconnaissance.

A MES MAITRES DES HOPITAUX
DE TOULOUSE

Monsieur le Professeur MERIEL.
Monsieur le Professeur LAPORTE.
Monsieur le Professeur CLERMONT.

A MES MAITRES DES HOPITAUX
DE PARIS

Monsieur le Professeur LEREBoullet.
Monsieur le Professeur NOBECOURT.
Monsieur le Professeur GUILLAIN.
Monsieur le Professeur GOUGEROT.
Monsieur le Professeur LEMIERRE.
Monsieur LEVY-VALENSI, agrégé.
Monsieur LEBENTHAL, *Chef de clinique.*

A Monsieur le Docteur WEIL-HALLE

Homage de respectueuse grati-
tude pour l'enseignement qu'il
nous donne à l'Ecole de Puéricul-
ture.

A M. le Docteur CARDOT,
Médecin-chef de l'Hôpital de Gonesse (S.-et-O.).

Expression de notre reconnaissance pour les excellentes leçons dont il nous a fait profiter.

A MM. les Docteurs CÔRNU et MILLIET,
de l'Hôpital de Gonesse.

Expression de notre gratitude pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

A MES CAMARADES D'INTERNAT
DE L'HOPITAL DE GONESSE.

INTRODUCTION

La méningite tuberculeuse au cours de la gestation est une affection rare.

Sur 48.000 accouchements faits à la clinique Baudelocque, de 1923 à 1938, on ne relève que huit cas de méningite tuberculeuse.

Une autre preuve de la rareté de cette affection est la pauvreté bibliographique.

En France, Gaulard, dans sa thèse d'agrégation (1880) rapporte le premier cas. Neuf ans plus tard, Chambrelent publie dans les *Annales d'Obstétrique et de Gynécologie*, trois observations ; puis Bonnaire, Mercier, Boissard, trois autres, qui font l'objet de la thèse Plivard (1908). De 1908 à 1929, citons les publications de Démelin et Thoyer-Rozat, de Commandeur, de Dufour et Thiers, de Guérin, Valmale et Brahic, de Vallois et Roume, de Fruhinsholz et Collin. En 1929, MM. Couvelaire et Lacomme font une étude détaillée de la méningite tuberculeuse, au cours de la gestation, à propos de quatre observations personnelles. Dans ces dernières années, enfin, Fruhinsholz, Gaujoux et Boissier, Brault, Grosse, en rapportent quelques cas.

À l'étranger, la bibliographie n'est pas plus abondante. Citons les publications de Harjoth, de Léon et Loizaga, de Madsen, de Rocmans, de Terechova, etc.

Dans la première partie de cet ouvrage, nous ferons un résumé des observations qu'il nous a été possible de recueillir.

Dans une deuxième partie, nous étudierons la Méningite tuberculeuse au cours de la gestation : son étiologie, sa symptomatologie, son diagnostic.

Dans une troisième partie, nous traiterons de l'influence de la Méningite tuberculeuse sur la gestation : déclenchement de l'accouchement, valeur des enfants. Nous terminerons par la conduite à tenir.

OBSERVATIONS

I. — *Observation Hecker-Gaulard* — 1880 *Inthèse Plivard*

Secondipare, âgée de 30 ans, au neuvième mois de la grossesse.

Une première grossesse cinq ans auparavant, normale mais suivie d'une manie puerpérale guérie depuis. La seconde grossesse normale jusqu'au neuvième mois au cours duquel, elle présente des troubles qui font penser tout d'abord au retour de sa maladie mentale : agitation, céphalée, délire, fièvre. L'état s'aggrave rapidement ; on provoque l'accouchement : l'enfant survit, mais la mère meurt une heure après.

L'autopsie de la mère montre des lésions de méningite tuberculeuse (tubercules miliaires sus-arachnoïdiens) et de tuberculose généralisée (tubercules miliaires dans les poumons, le colon).

II. — *Observation Chambrelent* — 1889 *Inthèse Plivard*

Primipare, âgée de 18 ans, au troisième mois de sa grossesse, pas d'antécédents. Elle entre à l'hôpital le 14 mars 1881 pour céphalée violente, vomissements. — Température à 37° 5. — Rien à l'examen : on pense à la possibilité de vomissements incoercibles. Le lendemain, la céphalée et les vomissements persistent mais en plus diplopie, photophobie intense, délire. Après une amélioration passagère, l'état s'aggrave rapidement et la malade meurt le 29.

L'autopsie révèle des lésions de méningite tuberculeuse et un utérus correspondant à l'âge de la grossesse ; — macroscopiquement œuf normal.

III. — *Observation Chambrelent* — 1889
Inthèse Plivard

Primipare, âgée de 20 ans, au sixième mois de la grossesse. Pas d'antécédents.

Elle entre à l'hôpital le 26 octobre et présente de la céphalée, de la fièvre (39° 4), de la constipation et des signes incontestables de tuberculose pulmonaire.

Des signes méningés (raideur de la nuque) font poser le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Son état s'aggrave rapidement et la malade meurt dans le coma le 5 novembre. Les bruits du cœur ont été positifs jusqu'au 2 novembre.

L'autopsie révèle une tuberculose méningée et pulmonaire, et l'intégrité de l'œuf (pas de lésions histologiques, inoculations négatives).

IV. — *Observation Chambrelent* — 1889
Inthèse Plivard

Primipare, au septième mois de la grossesse.

A l'entrée à l'hôpital, elle présente de la céphalée, des vomissements, des troubles oculaires. On fait le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Le coma survient et la malade meurt.

L'autopsie révèle des lésions de tuberculose méningée et pulmonaire, et un œuf intact (pas de lésions macroscopiques du fœtus).

V. — *Observation Bonnaire et Mercier* — 1898
Inthèse Plivard

Primipare, au huitième mois de sa grossesse. — Pas d'antécédents.

Elle entre à l'hôpital, le 16 février 1897, dans le coma qui avait été précédé par de la céphalée, des vomissements. On constate de la fièvre (38°8) et une albuminurie très nette. La malade fait un accès convulsif, puis d'autres : on porte le diagnostic d'éclampsie. L'accouchement a lieu spontanément et au forceps on extrait une fille vivante de 2.600 grammes.

La malade meurt au bout de 24 heures, sans que le traitement anti-éclamptique ait produit une amélioration quelconque.

A l'autopsie, on constate des lésions de méningite tuberculeuse.

L'enfant était vivant au 42^e jour, mais présentait un retard de croissance.

VI. — *Observation Bonnaire.* — 1902.
Inthèse Plivard

III-pare, grossesse de 4 mois et demi, deux enfants en bonne santé.

Le 13 novembre 1902, elle fait une crise convulsive et tombe dans le coma. Elle présente de la fièvre (38°2), de l'albuminurie. On croit à une éclampsie et, malgré le traitement, elle meurt trois heures après son hospitalisation.

A l'autopsie, on constate des granulations pleuro-pulmonaires, un épais exsudat membraneux au niveau du lobe pariétal droit, et du pus vert dans l'étage moyen. Le fœtus de 4 mois et demi paraît normal.

VII. — *Observation Démelin et Thoyer-Rozat.* — 1904

Secondipare, au huitième mois de sa grossesse. — Admise le 20 juillet 1903, elle prétend vomir depuis presque le début de sa grossesse, avoir beaucoup maigri et souffrir très violemment de la tête depuis plusieurs mois. On fait le diagnostic de vomissements graves.

Le 24 juillet, la malade est plus mal, somnolente et très déprimée. Respiration irrégulière. Pouls régulier, rapide, (120). Céphalée intense. Raideur de la nuque avec signe de Kernig. Photophobie. Raie méningitique.

La P.L. révèle un liquide trouble et une lymphocytose accentuée. Le diagnostic de méningite tuberculeuse est posé. Dans la même journée, elle accouche d'un garçon vivant pesant 2.530 grammes, avenir inconnu.

Après l'accouchement, la malade semble aller mieux, puis son état s'aggrave, et elle meurt le 25 juillet. Pas d'autopsie.

VIII. — *Observation Démelin et Thoyer-Rozat.* — 1904.

Primipare, âgée de 20 ans, enceinte de six mois et demi.

Hospitalisée le 3 juin 1903, elle prétend avoir de la céphalée, vomir beaucoup depuis quelques jours, et on pose le diagnostic de vomissements graves. Le 6 juin, température à 38°, pouls à 116, vomissements, céphalée vive, douleurs dans la colonne vertébrale, fatigue générale, pas de signes pulmonaires. On discute un moment le diagnostic de dothiéntérie, lorsque, le 13 juin, les signes méningés se précisent. La malade est somnolente, couchée en chien de fusil et refuse de répondre. Les pupilles sont dilatées. — Raideur de la nuque. — Contracture des membres.

Le 14 juin, on pratique la césarienne sur la femme agonisante, on extrait un enfant de 1.700 grammes, qui meurt quelques heures après. La malade meurt le même jour.

A l'autopsie de la mère, on trouve des lésions de tuberculose méningée et pulmonaire. — Pas d'autopsie de l'enfant.

IX. — *Observation Boissard.* — 1908.

Inthèse Plivard

Secondipare, âgée de 26 ans, enceinte de sept mois et demi. Pas d'antécédents. — Un enfant mort de bronchopneumonie consécutive à une rougeole.

A l'entrée à l'hôpital, le 16 mars 1908, la malade présente un état d'obnubilation datant de quatre jours, des contractions fibrillaires de la face, de l'albuminurie. On pense à une éclampsie.

On pratique l'interruption artificielle de la grossesse par la pose d'un ballon. On ramène une fille morte de 2.310 grammes.

L'état s'aggrave ; les accès convulsifs, un moment disparus, réapparaissent, limités toujours à la face. Apparition d'une paralysie faciale gauche ; température à 38°2, puis 40° ; mort le 20 mars.

L'autopsie montre des granulations tuberculeuses disséminées dans les poumons, le péritoine, la rate, un exsudat au niveau du chiasma, du cervelet, et des granulations le long des vaisseaux de la pie-mère.

X. — *Observation Commandeur.* — 1909.

Inthèse Plivard

Secondipare, âgée de 35 ans, enceinte de quatre mois et demi environ. — Pas d'antécédents. — Sa fille de 15 ans se porte bien.

Elle entre à l'hôpital, le 18 février 1908, parce qu'elle a été prise chez elle de crises convulsives et qu'elle a eu des vomissements bilieux. Son mari croit qu'elle a tenté de se faire avorter. Elle se trouve dans un coma complet.

A l'examen, on note un myosis très prononcé sans inégalité pupillaire, des réflexes abolis, une respiration stertoreuse, un pouls petit et rapide (160).

A midi, elle fait une crise convulsive généralisée avec cyanose de la face (convulsions toniques et cloniques), mais pas d'albuminurie. Les crises se répètent dans la journée et le lendemain.

La malade meurt dans la nuit du 19 au 20 février. Un quart d'heure avant la mort, on trouve le fœtus entre ses jambes : interruption probablement due à sa tentative abortive.

XI. — *Observation Dufour et Thiers.* — 1913.

Primipare, âgée de 19 ans, au troisième mois de sa grossesse.

Admise à l'hôpital, le 1^{er} mars 1913 pour hémoptysie, elle présentait déjà depuis cinq ou six mois, de la toux, de l'expectoration, un amaigrissement important et, depuis un mois, une expectoration sanglante, de la céphalée, de la constipation.

A son entrée, on note : un visage pâle, de la fièvre (39°), un pouls rapide (100), des signes de ramollissement aux deux sommets. On constate aussi un certain degré de raideur de la nuque avec signe de Kernig, une inégalité pupillaire, une douleur à la pression des globes oculaires.

La ponction lombaire permet de poser avec certitude le diagnostic de méningite tuberculeuse : liquide céphalo-rachidien, hypertendu, albumineux, leucocytose. (70 éléments formés en majeure partie par des lymphocytes), présence de bacilles de Koch.

Les signes de méningite se précisent par la suite : constipation, quelques vomissements, raie méningitique, prostration de plus en plus profonde, enfin état comateux et mort le 12 mars.

L'autopsie révèle : des lésions de méningite tuberculeuse (granulations surtout au niveau de la protubérance), des lésions de tuberculose pulmonaire (cavernules). Le fœtus a un gros ventre distendu par un liquide d'apparence ascitique qui, inoculé au cobaye, le tuberculise.

XII. — Observation Commandeur et Gaucheraud

1922.

Primipare, au début du neuvième mois de sa grossesse.

Hospitalisée le 14 février 1922, pour état grippal, elle présente : de la fièvre ($38^{\circ}8$), des sueurs profuses, des signes de bronchite diffuse et d'induration du sommet droit.

Au bout de quelques jours, la température est tombée, mais le pouls est rapide (100), et la torpeur est persistante, faisant penser à une encéphalite.

Le 4 mars, l'accouchement se produit spontanément, en avance d'une quinzaine de jours sur la date prévue. L'enfant est vivant et pèse 3.220 grammes.

Des signes méningés apparaissent dès le lendemain et la malade meurt trois jours après.

A l'autopsie, on trouve des lésions de sclérose pulmonaire et des lésions de méningite tuberculeuse.

On ne connaît pas l'avenir de l'enfant.

XIII. — *Observation Guérin, Valmale et Brahic.*

Primipare, âgée de 19 ans, enceinte de huit mois.

Hospitalisée le 29 janvier 1921 pour état grippal avec induration du sommet gauche.

La malade présente une torpeur qui s'accroît le lendemain en même temps qu'apparaissent les signes méningés.

Une ponction lombaire est pratiquée et révèle un L.C.R. normal avec cependant 0,80 d'albumine.

Le 1^{er} février, apparition d'une hémiplégie droite. Le 2, on provoque l'accouchement : l'enfant (1.885 grammes) est extrait vivant, mais ne survit pas. La mère meurt le lendemain.

XIV. — *Observation Vallois et Roume. — 1922.*

Primipare, âgée de 26 ans, au neuvième mois de sa grossesse.

Elle présente de la céphalée, de l'excitation et fait brusquement une hémiplégie droite avec aphasie.

Après une amélioration passagère, la malade reste dans un demi-coma et présente une photophobie intense, de l'hyperesthésie, mais pas de Kernig. On pense alors à une méningite et l'examen du liquide céphalo-rachidien, montre 4 gr. 60 d'albumine et la présence de nombreux bacilles de Koch.

L'accouchement se fait spontanément une dizaine de jours avant terme et donne un enfant normal de 3.000 grammes.

La malade meurt le lendemain.

L'histoire de l'enfant est inconnue.

XV. — *Observation Fruhinsholz et Collin.* — 1923.

Primipare, âgée de 18 ans, au troisième mois de sa grossesse.

Elle est hospitalisée le 21 avril, avec le diagnostic de vomissements incoercibles. Elle ne présente pas de température, mais elle a un pouls un peu rapide (100-110).

Le traitement classique des vomissements incoercibles ne donne aucun résultat. Elle continue à vomir ; son pouls est toujours très rapide ; ses pupilles sont dilatées. Un mois après, le 20 mai, les vomissements diminuent, mais elle présente de la somnolence, de la stupeur. On fait une ponction lombaire qui ne révèle rien d'anormal.

Le 22, elle a de la raideur de la nuque, un signe de Ker-

nig, du strabisme gauche, un demi-coma alternant avec des phases d'excitation. Elle meurt le 23.

A l'autopsie on trouve des lésions de méningite tuberculeuse.

XVI. — *Observation Couvelaire et Lacomme.* — 1929.

Secondipare, à la fin du huitième mois de sa grossesse.

Antécédents : au deuxième mois, elle avait présenté une laryngite et quelques accidents pulmonaires légers, probablement de nature tuberculeuse, puisque, à l'hôpital Laënnec, on avait préconisé son envoi dans un sanatorium.

Trois jours avant son entrée à la clinique Baudelocque, elle fait deux crises convulsives que l'on attribue à l'éclampsie. A son entrée, ce diagnostic est écarté, car elle présente : un strabisme externe, de l'inégalité pupillaire, de la douleur à la pression des globes oculaires, de la raideur de la nuque avec signe de Kernig, un pouls rapide (110-120). La température est normale.

Le lendemain, son état s'aggravant, on pratique une césarienne par voie abdominale sous anesthésie locale.

La malade meurt le lendemain. L'enfant, né vivant, pèse 2.550 grammes ; malgré une alimentation exclusive au lait de nourrice, il meurt le 19^e jour, après avoir présenté un syndrome typique de dénutrition progressive.

L'autopsie de la mère et de l'enfant n'ont pas été faites.

XVII. — *Observation Couvelaire et Lacomme.* — 1929

Primipare, au neuvième mois de sa grossesse. — Pas d'antécédents particuliers.

A son entrée, le 17 février 1926, elle a une température à 38°8, une légère albuminurie, une tension artérielle de 10, 5-7 (Pachon). Le lendemain, elle tombe dans un état de léthargie qui confine à un état de sub-coma. Pas de paralysie des membres. Pas de troubles sphinctériens manifestes. Température à 39°. Pouls à 84. L'examen révèle : une légère paralysie faciale, des réflexes abolis aux quatre membres, pas de signe de Babinski, aucune contracture.

On hésite entre le diagnostic de méningite probablement tuberculeuse et d'encéphalite léthargique.

La ponction lombaire ne permet pas de chiffrer la leucocytose du fait de la présence d'hématies : liquide hypertendu, albuminos (1 gr. 50), glucose (0,58), benjoin et bw (réactions négatives).

L'état s'aggrave rapidement ; le pouls est à 129 ; il apparaît un peu de strabisme ; la malade meurt brusquement dans la nuit du 23 au 24 février.

On pratique quelques minutes après une césarienne post-mortem qui ne permet d'extraire qu'un enfant mort de 3.200 grammes. A l'autopsie de la mère, on trouve des lésions diverses : poumons congestionnés aux deux bases, mais pas de granulations ; un rein complètement abcédé ; un encéphale congestionné, de l'œdème dans la région bulbo-protubérantielle et quelques plaques blanchâtres dans la région de la Scissure de Sylvius, à ce niveau quelques granulations.

A l'autopsie de l'enfant, on ne trouve rien macroscopi-

quement. Mais à l'examen bactériologique des organes de l'enfant, on découvre des bacilles de Koch ; l'inoculation au cobaye est positive.

XVIII. — *Observation Couvelaire et Lacomme.* — 1929.

Primipare, au dixième mois de sa grossesse.

La malade entre le 20 août 1926 en travail, envoyée par son médecin avec le diagnostic de tuberculose aiguë.

Elle a vomi de façon inquiétante, dit-elle, pendant trois mois. Depuis le mois de juillet, elle tousse un peu et maigrit. Elle accouche le jour même de son arrivée. Dans les jours suivants, la température oscille entre 37 et 38°, le pouls devient rapide (110 à 120) et particulièrement instable. Puis survient le délire.

A l'examen : raideur de la nuque avec un signe de Kernig. Signe de Babinski bilatéral.

Aux poumons, ni la percussion, ni l'auscultation ne révèlent rien d'anormal. La malade meurt six jours après l'accouchement.

A l'autopsie, on trouve des lésions nettes de méningite tuberculeuse, une pyélonéphrite droite avec grosse dilatation du bassin, mais, semble-t-il, pas d'origine tuberculeuse ; des poumons indemnes.

L'enfant vécut un peu moins de 48 heures. L'examen de ses organes ne montre rien de particulier. Examen bactériologique négatif (Valtis).

XIX. — *Observation Couvelaire et Lacomme.* — 1929.

Primipare, âgée de 25 ans, enceinte de sept mois et demi environ.

Antécédents héréditaires chargés. — Son père et également procréateur de l'enfant qu'elle porte, est un alcoolique invétéré ; six de ses frères ou sœurs sont morts en bas âge, sans qu'il soit possible de déterminer les circonstances de leur mort.

Ses antécédents personnels montrent l'évolution presque ininterrompue de tuberculoses ostéo-articulaires diverses, depuis l'âge de trois ans jusqu'à l'âge de vingt et un ans ; mal de Pott dorso-lombaire, foyer tuberculeux du coude droit, coxalgie gauche. Toutes ces localisations ostéo-articulaires de la tuberculose ont laissé des déformations sévères du squelette. Le 25 septembre 1927, elle est admise à la clinique Baudelocque, parce qu'elle éprouve un peu de dyspnée d'effort, des palpitations, et que l'examen de ses urines montre une légère quantité d'albumine.

On note : un état général médiocre, une cyanose du visage et des extrémités, en particulier des ongles, un peu de dyspnée, des râles sous-crépitaux aux bases, un pouls rapide (110 à 120), une tension artérielle (13-5). La gestation étant normale, cette malade est considérée, avant tout, comme une cyphotique présentant de légers troubles cardio-pulmonaires et un traitement digitalique fut institué.

Le 26 septembre, elle se plaint d'un point de côté gauche accompagné d'une forte dyspnée. Le 5 octobre, nouvelle crise de dyspnée importante. Le 6 octobre, l'attention est attirée par une température de 38°2, le soir, avec quelques cro-

chets dans le courant de la journée, un pouls instable (entre 110 et 120), un état général qui décline rapidement en même temps qu'un certain état de prostration. L'examen des urines, un séro-diagnostic, ne donnent pas d'indications. Reste l'hypothèse d'une évolution tuberculeuse.

Le 12 octobre, la malade se plaint de céphalée qui devient de plus en plus intense et qui s'accompagne de raideur de la nuque. On note une ébauche de signe de Babinski à gauche. L'examen du fond de l'œil montre un œdème papillaire bilatéral. On ne fait pas de ponction lombaire en raison du mal de Pott.

Le 23 octobre, le diagnostic de méningite tuberculeuse se précise par l'apparition de délire, de torpeur...

Le 25 octobre, le délire devient intense ; la perte de connaissance est complète ; il apparaît du strabisme de l'œil droit, du nystagnus horizontal ; des crises convulsives épileptiformes surviennent. La mort paraissant prochaine, on pratique sous anesthésie locale une césarienne corporéale. L'enfant est extrait vivant et pèse 2.750 grammes. La malade meurt 48 heures après, au milieu de crises épileptiformes.

A l'autopsie, on trouve : des poumons congestionnés aux bases et présentant des granulations aux sommets ; une infiltration œdémateuse au niveau du chiasma se prolongeant jusqu'au nerf optique, une dilatation du 3^e ventricule et des ventricules latéraux marquant une ébauche d'hydrocéphalie, un cœur normal.

L'enfant fait une chute de poids importante et, bien que nourri au lait de nourrice, il meurt le 19^e jour. A l'autopsie, on trouve de fines granulations dans les poumons. L'examen

bactériologique (Valtis) décèle le bacille de Koch dans les poumons, les ganglions du hile, le foie et la rate. L'inoculation au cobaye est positive.

XX. — *Observation Grosse.* — 1929.

Secondipare, au neuvième mois de sa grossesse, vraisemblablement près du terme. Pas d'antécédents personnels, mais elle a soigné quelques mois auparavant un frère mort de bacillose.

A la fin de juillet 1922, la malade présente des signes nets de méningite tuberculeuse : céphalée, vomissements, constipation, raideur de la nuque avec signe de Kernig, strabisme...

Le 1^{er} août, comme l'enfant est vivant, on provoque l'accouchement, celui-ci est difficile, long et compliqué de pro-cidence du cordon. Enfin, on extrait un enfant vivant de 2.500 grammes, du sexe féminin. La mère meurt quelques heures après. La petite fille, confiée à une nourrice, est actuellement âgée de 7 ans. — Les premiers mois, elle a progressé comme un nourrisson normal, puis son développement physique et intellectuel a été médiocre : membres grêles, adénopathie cervicale, léger strabisme convergent ; elle a parlé tard et son intelligence est peu développée.

XXI. — *Observation Fruhinsholz.* — 1930.

Primipare, au huitième mois de sa grossesse. — Pas d'antécédents.

Sa grossesse a été normale jusqu'au 7^e mois, mais, depuis ce moment-là, elle présente une céphalée tenace et de multiples vomissements qui ont fait croire à des vomissements incoercibles. Les malaises durent deux mois environ, sans amélioration.

Le 5 juillet 1929, au début du neuvième mois de la grossesse, elle présente des signes méningés manifestes, et on fait le diagnostic de méningite tuberculeuse. On pratique l'accouchement, l'enfant est petit, mais viable.

Le lendemain, la malade tombe dans le coma, la température monte à 40°, et la mort s'ensuit au troisième jour.

L'enfant délicat tout d'abord se développe difficilement jusqu'à 4 ans, mais ensuite il prend bien.

XXII. — *Observation Fruhinsholz.* — 1930.

Primipare, âgée de 20 ans, au neuvième mois de sa grossesse.

Elle est soignée depuis 1925 pour induration des deux sommets (pas de bacilles de Koch). Sa grossesse a évolué très normalement ; il n'y a pas eu d'aggravation pulmonaire.

Une dizaine de jours avant le terme prévu, le 12 mars 1930, en même temps que de céphalée, elle se plaint de dou-

leurs thoraciques; elle a une expectoration nummulaire ; elle fait de la fièvre (38°5) ; on pense à une poussée de tuberculose pulmonaire.

Le lendemain, elle présente de la raideur de la nuque avec signe de Kernig, de l'incontinence des spincters, de l'hyperesthésie cutanée. La ponction lombaire ne donne aucune indication.

Le 16 mars, elle est dans le coma, mais une autre ponction lombaire montre une lymphocytose très nette. Le 18 mars, son état s'aggrave ; on pratique l'évacuation de l'utérus après rachianesthésie (méthode de Delmas). L'enfant vivant pèse 3.200 grammes ; il est confié à une nourrice mercenaire, mais meurt à 6 semaines après une perte de poids notable.

XXIII. — *Observation Voron-Pigeaud-Pizzera.* — 1931.

Primipare, âgée de 20 ans, au huitième mois de sa grossesse.

Père mort tuberculeux. Elle fait au quatrième mois une pleurésie séro-fibrineuse droite : l'épanchement peu important fut vite résorbé et la guérison apparente.

Au huitième mois — le 15 octobre 1930 — elle présente : de la céphalée violente, des algies multiples, de l'albuminurie, 2 gr., de la température (38° 5-39°) et des signes méningés. La ponction lombaire révèle un liquide céphalo-rachidien hypertendu, une albuminose (1 gr. 50), une lymphocytose, une hypoglycorachie. Pas d'examen bactériologique.

On pratique l'accouchement, le 27 octobre. L'enfant est normal et pèse 2.750 grammes. La malade meurt le 29 octobre. L'enfant se développe normalement pendant un mois, mais il fait ensuite de la tuberculose pulmonaire et meurt. A l'autopsie, confirmation des lésions pulmonaires tuberculeuses.

XXIV. — *Observation Gaujoux et Boissier. — 1932*

Secondipare âgée de 24 ans, au troisième mois de la grossesse. Pas d'antécédents. — Son enfant, âgé de trois ans, est bien portant.

Vue le 15 janvier 1930 pour la première fois, elle présente des vomissements qui font penser à des vomissements gravidiques, et un état assez marqué de fatigue et d'anémie.

Ces symptômes s'accroissent dans les jours qui suivent, en même temps qu'apparaît de la fièvre (38°2, le 2 février).

On pense successivement à la possibilité de vomissements incoercibles, d'une grippe, et même d'une fièvre typhoïde.

Subitement, le 9 au matin, la malade fait des crises convulsives localisées aux bras et aux mains. La température monte à 40° ; l'état de torpeur s'accroît ; les vomissements cessent. Le surlendemain, des signes méningés font leur apparition parmi lesquels des signes oculaires, la raie méningitique. Une ponction lombaire révèle un liquide céphalo-rachidien opalescent, une albuminose légère (0,75), une quantité de sucre à 0,49, trente cellules dont 50 % de lymphocytes et la présence de bacilles de Koch. — Le soir, raideur de la nuque et signe de Kernig ; le 11 au matin, coma, et mort le 12.

XXV. — *Observation Terechova* — 1932 — Moscou.

V-pare, âgée de 27 ans, au huitième mois de sa grossesse.

Antécédents : la rougeole, la grippe, une inflammation ganglionnaire d'origine inconnue et subsistant encore sur le cou à droite. Deux accouchements normaux à terme ; une grossesse avant terme au huitième mois ; un avortement artificiel.

La grossesse actuelle est normale quand, le 9 mars 1930, tout d'un coup, elle sent qu'elle perd les eaux. Le 11 mars, elle ressent des douleurs d'enfantement et de la céphalée. Le 12 mars, accouchement prématuré d'un enfant vivant de huit mois, pesant 1.820 grammes.

Pendant les suites de couchés, du 13 au 19 mars, la température varie de 38°7 à 39. On pense à la possibilité d'une annexite ou d'une paramétrite, ou même d'une tuberculose miliaire. Le 20 mars, douleurs dans la région des vertèbres cervicales (C2 à C5) et dans la nuque. Les réflexes sont normaux. Les ganglions lymphatiques du cou à droite sont hypertrophiés en masse. — Diagnostic : méningite à son début.

L'évolution est rapide, et le 24 mars, prostration complète et mort.

L'autopsie montre les lésions d'une tuberculose miliaire généralisée : bourgeons miliaires à la base du cerveau, dans la rate, le foie, les reins, l'ovaire gauche ; dégénérescence des ganglions lymphatiques, profonds et rétro-péritonéaux. Il n'est rien dit de l'avenir de l'enfant.

XXVI. — *Observation Terechova.* — 1932. — Moscou

Primipare, âgée de 27 ans, au sixième mois de la grossesse.

Antécédents personnels : à quinze ans, elle a eu un mal de Pott, qui a déterminé une cyphose très marquée dans la région lombaire.

Entrée à l'Institut le 18 avril 1932, elle se plaint depuis quelque temps de céphalée, d'oppression surtout marquée pendant les mouvements, de douleurs dans le flanc gauche et les reins.

Dans les jours qui suivent, elle présente un peu de fièvre, une forte céphalée, de la raideur de la nuque, de l'agitation et elle tombe dans un état semi-comateux.

Le 28 avril, on note : une paralysie du nerf facial périphérique, les pupilles en myosis et réagissant mal à la lumière, une raideur de la nuque douloureuse, des réflexes rotuliens diminués, une hypotonie des muscles des membres inférieurs, de la céphalée, quelques vomissements. La dénutrition est extrême. La lucidité se maintient encore. Le pouls est arythmique. Quelques émissions involontaires des urines. Le diagnostic de méningite tuberculeuse est posé.

Le 29 avril, la malade est dans le coma et les bruits du cœur de l'enfant étant positifs, on décide de pratiquer la césarienne vaginale sous anesthésie générale.

L'enfant, de sexe féminin, est vivant et pèse 2.000 gr. La mère meurt trois heures après l'intervention. L'autopsie montre les lésions d'une tuberculose miliaire généralisée (méningite tuberculeuse, tuberculose miliaire des poumons,

du foie, de la rate, des reins) et une dégénérescence parenchymateuse du muscle cardiaque.

L'enfant a vécu trois jours. A l'autopsie, dans ses viscères, il n'y avait pas de tuberculose. Son développement correspondait à huit mois et demi. Pneumonie hémorragique bilatérale.

XXVII. — *Observation Rocmans.* — 1935

Bruxelles.

Primipare, âgée de 19 ans, au huitième mois de la grossesse.

Antécédents : un frère et deux tantes morts de tuberculose pulmonaire. Elle-même, à 18 ans, fait une hémoptysie et présente radioscopiquement une obscurité au sommet droit. Après quelques mois, guérison apparente.

Au huitième mois de sa grossesse, le 13 août 1932, elle se plaint de troubles divers parmi lesquels, de la céphalée tenace, de la constipation. Quelques jours après, elle présente de la fièvre — $38^{\circ}5-39^{\circ}$ — et des signes méningés. On fait une ponction lombaire qui révèle : une albuminose (1 gr. 50) 104 cellules, dont 90 % de lymphocytes, de rares bacilles de Koch.

L'accouchement se fait spontanément, l'enfant est vivant. Le lendemain, l'état de la malade s'aggrave : agitation, paralysie bulbaire, coma et mort.

L'enfant a, à ce jour, deux ans et demi. Il a reçu du B.C.G. Il se porte bien.

XXVIII. — *Observation N° 1830 recueillie à la Clinique
Baudelocque en 1929*

III-père, âgée de 35 ans, vraisemblablement au début du septième mois de sa grossesse.

Pas d'antécédents particuliers jusqu'à cette date.

Première gestation normale : enfant vivant. — Deuxième gestation : avortement. — La gestation actuelle a été marquée par l'apparition d'hémoptysie et de signes de tuberculose pulmonaire.

Entrée dans le service le 17 août 1929, l'examen révèle une tuberculose pulmonaire bilatérale évolutive : présence de bacilles de Koch dans les crachats.

De plus, on est frappé par certains signes méningés : raideur de la nuque avec signe de Kernig, état mental diminué, torpeur entrecoupée de délire, quelques vomissements.

On fait une ponction lombaire qui dénote : une lymphocytose et une albuminose marquées, des bacilles de Koch dans le culot de centrifugation.

L'accouchement se fait spontanément, le 18 août à 0 h. 20. La malade meurt le 22 août dans le coma. L'enfant vivant pèse 1.825 grammes et est séparé immédiatement de sa mère. Son poids fait une chute d'abord normale, mais il ne se relève pas bien. La cuti-réaction se montre positive le 20 octobre. L'enfant meurt le 23 novembre. Pas d'autopsie.

XXIX. — Observation N° 1906 recueillie à la Clinique

Baudelocque, en 1929

III-pare, âgée de 28 ans, au début du huitième mois de sa grossesse. Pas d'antécédents particuliers jusqu'à cette date.

Première gestation normale : enfant vivant.

Deuxième gestation : avortement.

La gestation actuelle a été marquée par l'apparition d'une tuberculose pulmonaire bilatérale évolutive.

Entrée dans le service le 21 août 1929, elle présente des signes indéniables de tuberculose pulmonaire bilatérale, avec un état général mauvais et une forte température (39°7).

Le 24 août, on est frappé par l'apparition de signes méningés : raideur de la nuque, vomissements, céphalée, troubles oculaires...

On fait une ponction lombaire qui révèle un liquide clair, une hyperalbuminose, quelques lymphocytes, mais pas de bacilles de Koch.

Le 27 août, le diagnostic de méningite tuberculeuse se confirmant de plus en plus, on pratique une césarienne par voie haute, à l'anesthésie locale. On retire un enfant vivant, pesant 2.250 grammes, séparé immédiatement de sa mère. Celle-ci meurt dans le coma, le 30 août. L'enfant, après une phase de troubles digestifs, reprend du poids. Cependant, la cuti-réaction répétée devient positive le 15 octobre. La mort survient le 6 décembre. — Pas d'autopsie.

XXX. — Observation N° 138; recueillie à la Clinique
Baudelocque, en 1931

Primipare, âgée de 21 ans, au neuvième mois de sa grossesse.

Antécédents : bronchites à répétition, santé fragile.

Gestation actuelle bien, supportée.

Elle entre dans le service le 14 janvier 1931, en travail, et elle accouche le lendemain très normalement et très rapidement d'un enfant vivant pesant 2.760 grammes. Elle tousse, elle crache et, à l'auscultation, on trouve une respiration soufflante et quelques râles humides.

Dans les jours qui suivent, la température, d'abord normale, monte en escalier pour atteindre rapidement 40°.

Le 22 janvier, l'examen pulmonaire révèle des foyers bilatéraux ; l'examen des crachats, la présence de bacilles de Koch.

Le 25 janvier, les signes pulmonaires s'accroissent, mais de plus en plus, on note : de la raideur de la nuque, des phases de torpeur alternant avec des phases d'excitation, de la photophobie, un léger ptosis de la paupière gauche. Le pouls est irrégulier.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre : de la lymphocytose (15 éléments par champ), quelques hématies, pas de bacilles de Koch.

Le 28 janvier, le diagnostic de méningite tuberculeuse est manifeste : signe de Kernig, attitude en chien de fusil, torpeur extrême, soubresauts musculaires, etc...

La malade meurt le 30 janvier. L'autopsie révèle des lésions de méningite tuberculeuse.

L'enfant est resté au contact de sa mère pendant cinq jours. Il reprend péniblement (en 26 jours) son poids de naissance. La cuti-réaction répétée devient positive au 35^e jour. Il tousse, il maigrit, il présente des signes nets de tuberculose pulmonaire. Il meurt le 15 mars.

XXXI. — *Observation N° 1119 recueillie à la Clinique
Baudelocque en 1938*

Secondipare, âgée de 31 ans, au neuvième mois de sa grossesse.

Premier accouchement : prématuré au terme de sept mois.

La gestation actuelle a été bien supportée. Cependant, elle a fait, le 23 avril 1938, une hémiplégie droite et une paralysie faciale. Ces phénomènes ont rapidement disparu, persistance d'une petite gêne au membre supérieur droit.

Une sœur, décédée à 15 ans, de méningite tuberculeuse.

Elle entre dans le service le 13 mai 1938, et elle accouche normalement ce même jour, d'un enfant vivant pesant 3.580 grammes.

Le lendemain, elle a une température à 39° ; son pouls est à 100 ; elle accuse une céphalée frontale intense. — Rien à l'examen.

Le 16 mai : céphalée persistante, photophobie, parésie et

abolition des réflexes au membre supérieur droit, signes méningés discrets.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre : un liquide clair, une légère albuminose (0,71), quelques lymphocytes.

Le 21 mai, les signes méningés s'accroissent et se précisent. La malade présente de la rétention d'urines, un amaigrissement intense.

Un nouvel examen du liquide céphalo-rachidien révèle : une quantité d'albumine à 0,80, de nombreux lymphocytes, mais toujours pas de bacilles de Koch.

Le 24 mai : paralysie faciale droite très nette, inégalité pupillaire, nystagmus, hémiplegie droite, abolition des réflexes.

Le diagnostic de méningite tuberculeuse ne fait plus aucun doute.

La malade meurt le 26 mai. L'autopsie montre des lésions typiques de méningite tuberculeuse à prédominance sur l'hémisphère gauche. — Poumons, cœur et reins macroscopiquement normaux.

L'enfant est resté au contact de sa mère pendant trois jours. Au vingtième jour, la cuti-réaction est négative. Il va bien, il quitte le service.

Il revient pour toux et perte de poids. Le 27 juin, la cuti-réaction est fortement positive. La radiographie pulmonaire montre des signes nets de tuberculose. Le lavage d'estomac y révèle la présence de bacilles de Koch.

Il meurt le 3 juillet. — A l'autopsie : lésions de tuberculose pulmonaire.

XXXII. — *Observation recueillie à l'hôpital de Gonesse*
en 1938.

Secondipare, âgée de 23 ans, au neuvième mois de sa grossesse.

Antécédents : il y a cinq ans, elle a contracté une tuberculose pulmonaire droite (hémoptysie et bacilles de Koch dans les crachats). Actuellement, elle paraît en bon état de santé.

Première gestation normale : enfant vivant.

Gestation actuelle : bien supportée jusqu'à ces derniers mois.

Elle entre à l'hôpital le 18 février 1938, pour fatigue générale, toux et de la fièvre.

L'auscultation révèle quelques râles sous-crépitaux au sommet droit ; la radiographie accuse une infiltration à ce niveau ; enfin, à l'examen des crachats, présence de bacilles de Koch.

Elle se plaint de céphalée intense. — La température oscille entre 39 et 40°.

Le 22 février, des signes méningés apparaissent (raideur de la nuque avec signe de Kernig, torpeur), ainsi que des troubles sphinctériens importants (rétention d'urines).

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre un liquide opalescent, une légère albuminose (0,75), quelques lymphocytes (douze par champ), quelques rares B.K.

Le 23 février, la malade tombe dans le coma, en même

temps qu'elle entre en travail. La dilatation est rapide et on extrait au forceps un enfant vivant pesant 3.230 grammes. La mère meurt peu après.

L'autopsie de celle-ci révèle des lésions nettes de méningite tuberculeuse.

L'enfant, séparé immédiatement de sa mère, fait une chute normale de poids, mais il n'arrive pas à le reprendre. Il présente des troubles digestifs et de dénutrition, bien que nourri au lait de femme. Il meurt trois semaines après. L'autopsie n'a pas été pratiquée.

DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE AU COURS DE LA GÉSTATION

A. — ÉTIOLOGIE.

Chez l'adulte, la méningite tuberculeuse est classiquement secondaire.

Pendant la grossesse, elle apparaît souvent comme primitive survenant chez des femmes ne présentant aucune lésion pulmonaire. Sur les 32 observations, en effet, on relève seulement 16 cas dans lesquels la clinique ou l'autopsie a montré d'importantes lésions pulmonaires. De même, extrême rareté de la méningite consécutive à d'autres foyers tuberculeux : on note un cas de laryngite suspecte, un cas d'arthrite tuberculeuse, un cas d'adénopathie suspecte.

Dès lors, devant cette apparence primitive fréquente de l'affection, pourquoi ne pas admettre (Gaujoux et Boissier) qu'en vertu de « l'anergie tuberculique », qu'entraîne souvent l'état gravidique, la grossesse favorise l'apparition de tuberculoses diverses, et, en particulier, l'apparition d'une méningite tuberculeuse ?

Les observations nous montrent, d'autre part, que la méningite tuberculeuse apparaît plus souvent chez la primipare (19 fois) que chez la multipare (13 fois) ;

plus souvent dans le dernier trimestre (26 fois), enfin, que son maximum de fréquence paraît être en hiver (19 fois).

B. — *ETUDE CLINIQUE.*

Chez l'adulte, en dehors de toute grossesse, la méningite tuberculeuse revêt une symptomatologie très variable et l'évolution, en périodes bien tranchées, comme chez l'enfant, est exceptionnelle. Chez la femme enceinte, la symptomatologie semble être encore plus atypique, et les signes méningés, lorsqu'ils existent, apparaissent souvent à la période terminale.

Classiquement, on décrit des formes motrices, sensibles, mentales, à localisation anormale. Chez la femme enceinte, ces formes sont difficiles à individualiser. La plus commune, peut-être, serait la forme éclamptique, décrite par Lyonnel-Melloir (1888) (Voir diagnostic).

Par ordre de fréquence, voici les signes rencontrés dans nos observations :

- la céphalée violente, tenace ou paroxystique ;
- les vomissements « en fusée », abondants et fréquents ;
- un état de fatigue, de torpeur et de coma final.

A côté de ces signes les plus constants, à côté d'une température plus ou moins élevée, d'un pouls en géné-

ral rapide, d'une constipation fréquente, on peut avoir :

- de la contracture, avec raideur de la nuque et signe de Kernig (Obs. : 3, 7, 11, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 26, 27, 28, 30).
- des convulsions, ou bien limitées à une partie du corps (Obs. : 9 et 24), ou bien généralisées (Obs. : 6, 10, 13, 16, 19) ;
- des troubles oculaires (Obs. : 5, 7, 11, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 24, 26, 29, 30) ;
- des paralysies faciales (Obs. : 9, 17, 26, 31) ; une hémiplégie (Obs. : 13, 14, 27, 31).
- des troubles vaso-moteurs (Obs. : 7, 11, 24) ;
- des troubles psychiques (Obs. : 1, 15, 19, 26, 28) ;
- des troubles sensitifs (Obs. : 14, 22) ;
- des troubles sphinctériens (Obs. : 22, 26, 31, 32) ;

Les troubles des réflexes tendineux sont variables. Donc, extrême polymorphisme de la symptomatologie de la méningite tuberculeuse chez la femme enceinte.

L'analyse du liquide céphalo-rachidien ne donne pas toujours des résultats concluants. Classiquement, le liquide céphalo-rachidien dans la méningite tuberculeuse, présente les caractères suivants : liquide clair, hypertendu, lymphocytose (150 éléments par millimètre cube à la cellule de Nageotte, dont une forte proportion de lymphocytes) ; hyperalbuminose (1 à 3 gram-

mes par litre) ; hypoglycorachie (0 gr. 15), enfin présence de bacilles de Koch ou inoculation au cobaye positive.

Chez la femme enceinte, d'après nos observations, on se rend compte que :

- le L.C.R. peut être trouble (7), opalescent (24, 32) et souvent sans hypertension (13 et 22) ;
- la lymphocytose n'existe pas (13 et 22) ;
- l'albuminose est inconstante (7 et 22, 30) ;
- le taux du sucre est rarement abaissé (23) ou normal (22, 24) ;
- les bacilles de Koch ne sont pas toujours trouvés (7, 13, 22, 29, 30, 31).

Il est vrai que la ponction lombaire qui a été reconnue d'une si grande utilité pour faire le diagnostic, n'a pas été pratiquée dans tous les cas ; et, en particulier, dans les toutes premières observations où elle était encore méconnue.

C. — *DIAGNOSTIC.*

Le diagnostic de la méningite tuberculeuse, normalement difficile chez l'adulte, l'est davantage encore chez la femme enceinte. En effet, aux erreurs de diagnostic commises en dehors de toute grossesse, il faut ajouter les erreurs spécialement dues au fait que la tu-

berculose méningée évolue chez une femme en état de gestation. Donc, il faut d'abord éliminer les affections extra-puerpérales et ensuite, les affections propres à l'état puerpéral.

a) *Affections extra-puerpérales.* — On a vu, dans les diverses observations, que certains diagnostics ont été posés, tels ceux de :

- grippe (13, 24) ;
- fièvre typhoïde (19, 24) ;
- encéphalite (12, 17) ;
- hémorragie cérébrale (14) ;
- tuberculose pulmonaire (12, 22) ou aiguë (18, 25)

La clinique et le laboratoire contribuent à redresser rapidement le diagnostic.

b) *Affections propres à l'état puerpéral.* — Deux grandes affections : l'éclampsie et les vomissements incoercibles, sont la cause de nombreuses erreurs.

La méningite tuberculeuse peut présenter de nombreux points communs avec l'éclampsie convulsive, surtout lorsque les urines de la malade contiennent de l'albumine (5, 6, 9, 14).

Ces erreurs étaient surtout fréquentes autrefois. (Boissard, Bonnaire, Mercier).

« Il semble, cependant, qu'actuellement, la prise de la tension artérielle, la pratique la plus large de la ponction lombaire chez les éclamptiques atypiques, doi-

vent permettre d'éviter l'erreur » (Couvelaire et Lacomme). Enfin, il faut se rappeler qu'il existe une forme éclamptique de la méningite tuberculeuse (Lyonnel-Melloir).

Les vomissements gravidiques et même incoercibles constituent la deuxième grande erreur (2, 7, 8, 15, 21, 24). C'est une erreur de début, et, en présence des signes capitaux tels que la céphalée, la torpeur si caractéristique, le diagnostic est rapidement redressé. C'est cependant une erreur très possible et très normale, car, comme le fait très justement remarquer Fruhinsholz : « Il est impossible, dans certains cas, de reconnaître au juste le moment où le vomissement cérébral commence ; il n'est pas jusqu'à l'amaigrissement, l'apyrexie, l'accélération progressive du pouls qui n'aient pu être invoqués en faveur de l'hypothèse des vomissements gravidiques. »

Deux autres erreurs, sur lesquelles nous n'insisterons pas, en raison de leur extrême rareté, ce sont, d'une part, le diagnostic d'*annexite* et de *paramérite*, posé dans l'observation post-partum (25), et d'autre part celui de folie puerpérale dans l'observation 1.

Enfin, peut-être, n'est-il pas inutile de signaler que l'*apoplexie séreuse* déterminée par les arsénobenzols devra être probablement ajoutée à la liste des erreurs de diagnostic possibles dans l'avenir. » (Couvelaire et Lacomme).

DE L'INFLUENCE DE LA MENINGITE TUBERCULEUSE SUR LA GESTATION ET SUR LES ENFANTS.

A. — *DECLenchement du travail:*

La méningite tuberculeuse paraît ne pas avoir d'action sur le cours de la gestation, en particulier sur le déclenchement du travail. MM. Couvelaire et Lacomme, après Chambrelent, sont d'accord pour dire qu'en général les femmes atteintes de méningite tuberculeuse meurent sans que l'interruption de la grossesse se produise. Leurs conclusions concordent avec celles des auteurs (Commandeur et Pellicand) qui ont étudié les autres méningites aiguës au cours de la puerpéralité.

Cependant, il existe quelques exceptions. Sur les 32 observations, on note 6 interruptions : (5) au 8^e mois ; (7) au 8^e mois ; (18) au 6^e mois ; (25) au 8^e mois ; (27) au 8^e mois ; (28) au 7^e mois.

Il y a lieu d'éliminer le cas où la maladie est survenue trop près du terme, celle-ci n'étant, semble-t-il, pour rien dans le déclenchement du travail (12, 14, 31, 32), de même, un cas douteux (10), au cours duquel l'expulsion du fœtus paraît être due à une manoeuvre abortive.

B. — VALEUR et AVENIR DES ENFANTS.

Sur les 32 observations, on note que 23 enfants sont nés vivants, et que 9 autres sont morts à la naissance ou in utero.

Parmi les 22 enfants nés vivants :

a) Pour six d'entre eux, l'avenir est inconnu ; on n'en trouve pas la trace dans les observations : 1, 5, 7, 12, 14, 25.

b) Trois survivent :

(20) : à 7 ans, développement physique et intellectuel médiocres, mais en bonne santé ;

(21) : jusqu'à 4 ans, développement difficile, mais, après, bonne croissance ;

(27) : à 2 ans et demi se porte bien.

c) Quatorze succombent dans les heures suivantes ou dans les premiers jours :

(8) : pas d'autopsie ; (9) : pas d'autopsie ; (13) : pas d'autopsie ; (18) : examen bactériologique négatif Valtis ; (26) : pas de tuberculose de viscères, pneumonie hémorragique bilatérale.

ou dans les semaines suivantes :

(16) : le dix-neuvième jour, après avoir présenté un syndrome typique de dénutrition progressive (Pas d'autopsie).

(19) : le dix-neuvième jour de tuberculose généralisée. On trouve des bacilles de Koch dans les poumons, les ganglions, du hile, la rate, inoculation au cobaye positive (Valtis).

(22) : à six semaines (pas d'autopsie).

(23) : à six semaines, de tuberculose pulmonaire confirmée à l'autopsie.

(28) : à trois mois de tuberculose.

(29) : à six semaines de tuberculose.

(30) : à deux mois de tuberculose.

(31) : à sept semaines de tuberculose.

(32) : à trois semaines de dénutrition progressive.

Parmi les neuf enfants morts à la naissance ou in utero :

(2) : œuf macroscopiquement normal.

(3) : œuf macroscopiquement normal, inoculation au cobaye négative.

(4) : œuf macroscopiquement normal.

(11) : fœtus tuberculeux, abdomen rempli de liquide ascitique, qui, inoculé au cobaye, le tuberculise.

(17) : césarienne post-mortem, enfant mort, à l'examen bactériologique, bacilles de Koch, inoculation au cobaye positive.

En résumé, *quelques rares enfants survivent*, et, après une période difficile, pendant laquelle le dévelop-

pement tant physique qu'intellectuel est lent, ils acquièrent peu à peu une croissance normale.

D'autres enfants succombent, mais pas de tuberculose apparente : il s'agit, ou bien d'un syndrome de dénutrition progressive (16, 22, 32), ou bien de pneumonie (16).

Enfin, parmi les enfants morts ou les fœtus, lorsque les examens anatomiques et bactériologiques sont pratiqués, lorsque la cuti-réaction a été répétée sur les enfants séparés immédiatement de leur mère, on constate de nombreux cas de tuberculose congénitale par infection transplacentaire. Il est certain que la tuberculose congénitale aurait été reconnue plus souvent si ces examens avaient été répétés chaque fois.

Ceci nous montre combien sont grands les risques courus par le fœtus au cours d'une méningite tuberculeuse évoluant chez la mère, l'infection transplacentaire par le virus tuberculeux étant très fréquente. MM. Couvelaire, Lacomme et Valtis ont particulièrement étudié cette question au cours de leurs investigations poursuivies à la clinique Baudelocque, sur les fœtus expulsés de mère tuberculeuse et sur les enfants issus de mère tuberculeuse, et ils ont été amenés à formuler les conclusions suivantes (Académie de Médecine, 1933), à savoir :

a) Que le bacille de Koch, sous sa forme normale, peut être retrouvé dans le sang d'enfants vivants nés de mère tuberculeuse. Il se montre alors très virulent, et

les enfants qui en sont infectés ne tardent généralement pas à succomber avec des lésions macroscopiquement visibles.

b) Que le passage transplacentaire du virus tuberculeux, à l'état d'ultra-virus, peut être démontré dans un grand nombre de cas, non seulement chez les nouveaux nés morts, comme nos dernières expériences l'avaient déjà établi, mais aussi dans le sang circulant des enfants qui survivent et dans la plupart ne présentent, dans la suite, au cours de l'enfance, aucune manifestation clinique de tuberculose.

CONCLUSION

Les points essentiels de cette étude peuvent se résumer de la façon suivante :

A. — La méningite tuberculeuse est une affection exceptionnelle pendant la gestation.

B. — La méningite tuberculeuse paraît frapper plus volontiers la primipare, éclater plus souvent dans le dernier trimestre de la grossesse et apparaître chez des femmes qui ne sont pas, en général, porteuses de lésions pulmonaires.

C. — Le diagnostic de la méningite tuberculeuse au cours de la gestation est difficile. Deux grandes erreurs sont à éviter : l'éclampsie convulsive gravidique, d'une part, les vomissements incoercibles, de l'autre.

D. — La méningite tuberculeuse ne déclenche qu'exceptionnellement le travail.

E. — La méningite tuberculeuse fait courir de très grands risques au fœtus, à cause de l'infection transplacentaire toujours possible.

F. — Donc, en présence d'une méningite tuberculeuse au cours de la gestation, dès que le diagnostic est posé, et si l'enfant est vivant et paraît viable, il faut provoquer d'urgence l'accouchement.

Divers procédés d'extraction de l'enfant ont été employés : ballon de Champetier de Ribes, et forceps ou version. Dans tous les cas, l'avenir de la mère ne comptant pas, il vaut mieux pratiquer l'extraction artificielle de l'enfant par opération césarienne, par voie haute de préférence, parce que plus rapide et plus sûre, sous anesthésie localisée.

Si la femme vient de mourir depuis peu, et si l'enfant était vivant avant sa mort, il ne faut pas hésiter à faire une césarienne post-mortem.

Vu : *Le Doyen* : Vu : *Le Président de thèse* :
TIFFENEAU. LEVY-SOLAL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- NECKER-GAULARD (in thèse Plivard).
- CHAMBRELENT. — Méningite au cours de la grossesse. (Annales de la Sté de Gynécologie et d'Obstétrique, 1889, p. 94).
- BONNAIRE et MERCIER. — (Sté de Gynécologie et d'Obstétrique mars 1898).
- BOISSARD. — (In thèse Plivard).
- DEMELIN et THOYER-ROZAT. — (Annales de la Sté Obstétricale de France, 1904, p. 168).
- PLIVARD. — Méningite tuberculeuse au cours de la grossesse. Thèse, Paris, 1908.
- PELICAND. — Des méningites aiguës en rapport avec l'état puerpéral. — Thèse, Lyon, 1908 (inspirée par Commandeur).
- DUFOUR et THIERS. — Transmission de la tuberculose de la mère au fœtus. (Sté de Pédiatrie de Paris, 20 mai 1913).
- COMMANDEUR et GAUCHERAND. — Un cas de méningite tuberculeuse à la fin de la grossesse. (Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 1922, p. 377).
- GUÉRIN, VALMALE ET BRAHIC. — (Sté d'Obstétrique et de Gynécologie, 1922).
- VALLOIS et ROUME. — Méningite tuberculeuse chez une femme enceinte. (Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 1923).
- FRUHNHOLZ et COLLIN. — (Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 1923).
- COUVELAIRE et LACOMME. — Méningite tuberculeuse et gestation à propos de quatre observations personnelles. — (Gynécologie et Obstétrique, t. 29, N° 1, janvier 1929).

- GROSSE. — (Gynécologie et Obstétrique, Juin 1929).
- FRUBINSHOLZ. — (Bulletin de la Sté d'Obstétrique et de Gynécologie, 1930).
- VORON, PIGEAUD et PIZZERA. — (Bulletin de la Sté d'Obstétrique et de Gynécologie, 1931).
- GAUJOUX et BOISSIER. — A propos d'un cas de méningite tuberculeuse durant la grossesse. (Le Languedoc médical, 10 avril 1932, N° 4, et Gazette des accouchements, 1^{er} février 1932).
- BRAULT. — Méningite tuberculeuse et grossesse. (Sté d'Obstétrique et de Gynécologie, in La Gynécologie, juillet 1932).
- TERECOHOVA. — La méningite tuberculeuse et la grossesse. (Le Progrès Médical, N° 45, novembre 1932, et Hygiène et Vie, N° 9, novembre 1932).
- ROCMANS. — Un cas de méningite tuberculeuse au cours de la grossesse. — (Bruxelle médical, N° 12, janvier 1935, et Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique, N° 5, mai 1935).
- HARJOTH. — Case of tuberculosis meningitis during pregnancy (Uges k. f. Lager, June, 1938).
- LEON E LOIZAGA. — Un caso de meninitis tuberculosa en una embarazada de termino. — Parto espontaneo indoloro (Semana medical, July 1933).
- MADSEN. — Ein fall von Meningitis tuberkulosa in der Schwangerschaft. (Acta Obst. et Gynec. Scandinav., 1937).
- LYONNEL-MELLOIR. — Des formes épileptiques et convulsives de la méningite tuberculeuse (Thèse de Paris, 1898).
- COUVELAIRE et LACOMME, VALTIS, CALMETTE et VAN DEINSE. — Nouvelle contribution à l'étude de l'infection transplacentaire par le virus tuberculeux (Bulletin de l'Académie de médecine, tome C IX, N° 12. — Séance du 21-3-33).

